

Elżbieta Walewska¹, Natalia Dorda², Lucyna Ścisło¹, Anita Orzeł-Nowak¹,
Antoni M. Szczepanik³, Antoni Czupryna³

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki, Kraków

³I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Niekonwencjonalne metody terapii a zachowania zdrowotne osób dorosłych

Complementary and alternative medicine and health behaviors of adults

STRESZCZENIE

Wstęp. Do stosowania niekonwencjonalnych metod terapii skłaniają nie tylko odczuwane dolegliwości, ale także potrzeba zachowania swojego zdrowia na jak najwyższym poziomie. Osoby o wysokim poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie mogą sięgać po terapie niekonwencjonalne, aby zaspokoić potrzebę aktywnego uczestnictwa we wszystkim, co dotyczy ich zdrowia.

Cel. Celem badania było określenie związku między stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii a zachowaniami zdrowotnymi osób dorosłych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 97 mieszkańców miast i wsi. Wiek badanych wahał się w granicach 18–65 lat. Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Wykorzystano także Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Wyniki badań poddano analizie ilościowej i jakościowej. Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10,0.

Wyniki i wnioski. Ponad 50% respondentów stosowało niekonwencjonalne metody terapii, a większość uczestników cechowała się zachowaniami zdrowotnymi i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Nie stwierdzono jednak, by osoby te istotnie częściej stosowały niekonwencjonalne metody terapii. Istnieje potrzeba szeroko zakrojonych badań, aby zrozumieć zjawisko stosowania niekonwencjonalnych metod terapii i roli jaką odgrywa ono w zachowaniach zdrowotnych jednostek.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (2): 214–219

Słowa kluczowe: leczenie uzupełniające; zachowania zdrowotne

ABSTRACT

Introduction. Diseases are not the only reason for using complementary and alternative medicine. It is also a need to maintain your health and physical well-being at the highest level possible. People with a high sense of responsibility for their own health may choose complementary and alternative medicine to meet the need of an active participation in all that concerns their health.

Aim. The aim of this study was to determine the relationship between complementary and alternative medicine usage and health behaviors of adults.

Material and methods. The study was conducted among 97 residents of towns and villages. The age of respondents ranged from 18 to 65 years. The research method was a diagnostic survey and the research tool was a questionnaire of own authorship. Multidimensional Health Locus of Control Scale was used also. The results were subjected to qualitative and quantitative analysis. Statistical calculations were performed using Statistica 10.0.

Results and conclusions. Over 50% of respondents used complementary and alternative medicine and most of the participants were characterized by health behaviors and internal health locus of control. However, the use was not significantly

Adres do korespondencji: dr n. med., mgr piel. Elżbieta Walewska, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 507 58 11 57, e-mail: elwalewska@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2015.0036

more common among these people. There is a need for extensive research to understand the phenomenon of the use of complementary and alternative medicine and the role it plays in health behaviors of individuals.

Nursing Topics 2015; 23 (2): 214–219

Key words: complementary therapies; health behaviors

Wstęp

Stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii staje się coraz popularniejsze niemal na całym świecie [1]. Badania wykazują, że w ostatnich latach rośnie popularność niekonwencjonalnych metod terapii w Europie, Australii i Ameryce Północnej [2–4]. Dane z Australii donoszą, że 69% populacji stosowało jedną z niekonwencjonalnych metod terapii w ciągu poprzedzającego roku [2]. Wśród dorosłych Amerykanów około 75% korzystało z różnych metod niekonwencjonalnych na jakimś etapie swojego życia, a 38,3% zgłasza korzystanie z nich w ciągu ostatnich 12 miesięcy [5]. Najczęściej cytowaną definicją niekonwencjonalnych metod terapii jest definicja Amerykańskiego Narodowego Centrum Medycyny Komplementarnej i Alternatywnej [6].

W pojęciu zachowań zdrowotnych zawierają się takie obszary, jak: nawyki żywieniowe, korzystanie z opieki zdrowotnej, podejmowanie aktywności fizycznej czy zachowania profilaktyczne. Również zachowania stwarzające zagrożenie dla zdrowia (np. używanie narkotyków, prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu) mieszczą się w obrębie tego pojęcia i są blisko powiązane ze stylem życia [7]. Umiejscowienie kontroli zdrowia (HLC, *Health Locus of Control*) odpowiada „lokalizacji”, w której mieści się psychologiczny mechanizm kontrolny, odpowiadający za zachowania zdrowotne [8]. Wiąże się to z tym, w jakim zakresie „jednostka czuje się odpowiedzialna za bieg wydarzeń w swoim życiu” [9]. Wyróżnia się umiejscowienia kontroli zdrowia wewnętrzne i zewnętrzne [9, 10]. Osoby posiadające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (w przeciwieństwie do tych, które mają zewnętrzne) charakteryzują się większą odpowiedzialnością za swoje życie i stan zdrowia, są bardziej skłonne do podejmowania aktywnej roli w zakresie utrzymania swojego zdrowia. Interesują się profilaktyką chorób oraz zdrowym stylem życia, co uwidacznia się poprzez częściej podejmowaną aktywność fizyczną, mniejsze spożycie alkoholu, nie palenie tytoniu czy zdrową dietę [11]. Stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii utwierdza ich w przekonaniu, że zdrowie jest w ich własnych rękach, a jego przywrócenie lub utrzymanie leży w zakresie ich działań [12].

Cel

Celem badania było określenie związku między stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii a zachowaniami zdrowotnymi osób dorosłych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia do maja 2013 roku na terenie kilku miejscowości w województwie podkarpackim oraz w Krakowie. W grupie badanej 64% stanowiły kobiety, 36% mężczyźni. Wiek badanych wahał się w granicach 18–65 lat. Mieszkańcami wsi było 51% ogółu badanych, a miasta 49%. Najwięcej respondentów miało wykształcenie średnie — 46%, 40% posiadało wykształcenie wyższe, a 14% wykształcenie podstawowe. W przeprowadzonym badaniu posłużono się Wielowymiarową Skalą Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *The Multidimensional Health Locus of Control Scale*), wersja B. Skala służy do określania umiejscowienia kontroli zdrowia w trzech wymiarach (podskalach): wewnętrznym (W), wpływu innych (I) i przypadku (P) [10, 13]. W każdej z podskal respondent może osiągnąć wynik od 6 do 36 punktów. Wartości te nie są miarodajne, dlatego autorzy narzędzia (Wallston, Wallston 1981) [13] proponują wyznaczenie mediany, powyżej której wartości uznano za wysokie, a poniżej za niskie. Tym sposobem utworzono 8 możliwych kombinacji przedstawionych w tabeli 1. W badaniach własnych zastosowano również metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz ankiety zawierał 10 pytań, mających na celu zebranie danych socjodemograficznych, a także poznanie zachowań zdrowotnych badanych (palenie tytoniu, picie alkoholu, aktywność fizyczna). Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) ustalono na podstawie wartości masy i wysokości ciała badanych o charakterze deklaracyjnym. Dwa pytania dotyczyły stosowania niekonwencjonalnych metod terapii przez badanych oraz celu, w jakim badani je stosują. Wypełnienie kwestionariusza ankiety było jednocześnie zgodą na uczestnictwo w badaniu i publikację jego wyników. Wyniki badań poddano analizie ilościowej i jakościowej. Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10,0.

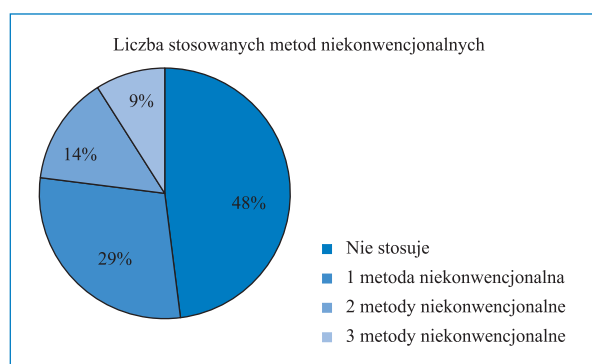
Wyniki

Wśród badanych 48% twierdziło, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie stosowali żadnych niekonwencjonalnych metod terapii. Natomiast do stosowania ich przyznało się 52% osób. Ponieważ w pytaniu tym przewidziano możliwość wyboru więcej niż jednej terapii niekonwencjonalnej, 9% ogółu badanych zgłosiło, że stosuje 3 terapie niekonwencjonalne,

Tabela 1. Możliwe powiązania między wynikami poszczególnych podskal skali MHLC [13]**Table 1.** Possible relationships between the results of the individual subscales MHLC scale [13]

1.	Typ silny — wewnętrzny	Wysokie W	Niskie I	Niskie P
2.	Typ silny — zewnętrzny	Niskie W	Wysokie I	Wysokie P
3.	Typ pomniejszający wpływ innych	Wysokie W	Niskie I	Wysokie P
4.	Typ powiększający wpływ innych	Niskie W	Wysokie I	Niskie P
5.	Typ pomniejszający wpływ przypadku	Wysokie W	Wysokie I	Niskie P
6.	Typ powiększający wpływ przypadku	Niskie W	Niskie I	Wysokie P
7.	Typ nieźróznicowany silny	Wysokie W	Wysokie I	Wysokie P
8.	Typ nieźróznicowany słaby	Niskie W	Niskie I	Niskie P

W — wewnętrzny; I — inni; P — przypadek

**Rycina 1.** Liczba stosowanych niekonwencjonalnych metod leczenia**Figure 1.** The number of used complementary and alternative medicine

14% twierdziło, że stosowało dwie metody, a 29% osób ograniczyło się tylko do jednego rodzaju terapii. W sumie 52% badanych stosowało przynajmniej jedną metodę niekonwencjonalną. Dane przedstawiono na rycinie 1.

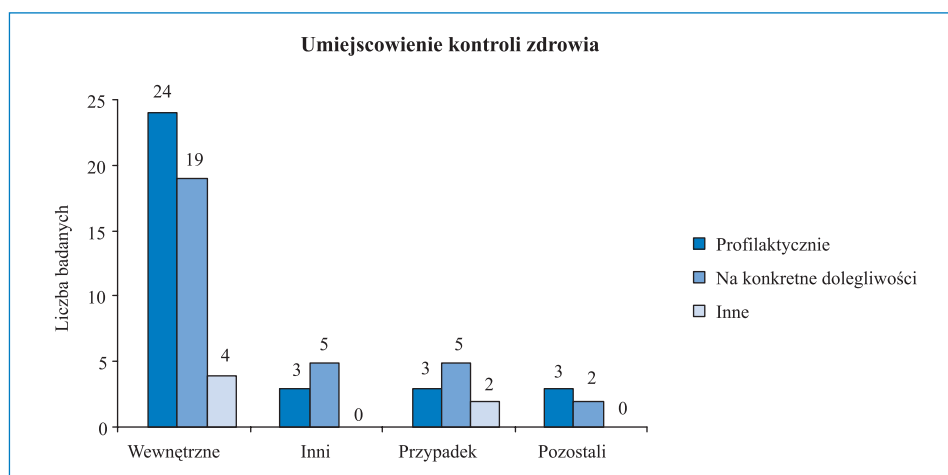
Najczęściej stosowaną terapią niekonwencjonalną było ziołolecznictwo. Stosowało go 38,14% ogółu badanych. Następnie był masaż, z którego korzystało 15,46% osób, 7,21% korzystało z terapii żywieniowych, 5,15% osób w ciągu ostatnich 12 miesięcy zasięgało rady u chiropraktyka, 4,12% korzystało z relaksacji, a 3,09% z aromaterapii. Metody takie jak: refleksologia, hipnoza, wizualizacje czy bioenergoterapia stosowane były przez pojedyncze osoby (1,03%). Opcję „inne” wybrało 8 osób. Jedna osoba wpisała w tej rubryce modlitwę, pozostałe stosowanie różnych substancji. Wśród kobiet 64% stosowało niekonwencjonalne metody terapii, a 36% tego nie robiło. Większość spośród osób płci męskiej — 63%, nie używało terapii niekonwencjonalnych. Zależność między płcią a stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii okazała się istotna statystycznie ($p =$

0,0127, $\chi^2 = 6,22$, $df = 1$). Kobiety znacznie częściej sięgały po metody niekonwencjonalne niż mężczyźni. Miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz wiek nie miały istotnego związku ze stosowaniem niekonwencjonalnych metod. Porównano wartości BMI, palenia tytoniu, częstości spożywania alkoholu oraz aktywności fizycznej badanych ze stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii. W żadnym z tych przypadków nie stwierdzono występowania istotnych zależności statystycznych. Następnie analizowano wyniki MHLC. Zgodnie z zaproponowanymi przez autorów kluczami MHLC, dla każdego z podtypów przeprowadzono analizę stosowania niekonwencjonalnych metod terapii. Dane zebrano w tabeli 2. Nie znaleziono zależności istotnych statystycznie. Ze względu na małą liczebność grup, w dalszej analizie połączono je według dominujących wyników podskal. Z badania wyłączono osoby, które miały w kilku podskalach takie same wyniki (5 osób).

Większość badanych 73,2% cechowało się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Spośród nich 50,7% stosowało niekonwencjonalne metody terapii, a 49,3% ich nie stosowało. Znacznie mniejsza liczba osób — 13,4%, uważała innych za tych, którzy mają wpływ na ich zdrowie. W tej grupie 6 respondentów korzystało z metod niekonwencjonalnych, natomiast 7 twierdziło, że nie robiło tego w ciągu ubiegłych 12 miesięcy. Zdecydowanie najmniejszą grupę 8 osób stanowiły osoby, które uważały, że ich zdrowie jest dziełem przypadku. Wśród nich po niekonwencjonalne metody terapii sięgało 6 osób, a 2 osoby tego nie robiły. Nie znaleziono istotnych statystycznie zależności dla umiejscowienia kontroli zdrowia i stosowania niekonwencjonalnych metod terapii. Najczęściej wymienianymi dolegliwościami, które skłaniają respondentów do skorzystania z metod niekonwencjonalnych były dolegliwości żołądkowo-jelitowe, bóle i zwyrodnienie stawów, kręgosłupa, bóle mięśni, przeziębienie, nadciśnienie tętnicze, podwyższone stężenie cholesterolu i trigli-

Tabela 2. Stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii przez przedstawicieli poszczególnych typów**Table 2.** Use of complementary and alternative medicine by representatives of the various types

	Stosujący		Niestosujący		Ogółem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	5	55,56	4	44,44	9	9,38
2.	3	33,33	6	66,67	12	12,5
3.	5	41,67	7	58,33	12	12,5
4.	4	36,36	7	63,64	11	11,46
5.	7	63,64	4	36,36	11	11,46
6.	4	57,14	3	42,86	7	7,29
7.	9	40,91	13	59,09	22	22,92
8.	9	60	6	40	15	15,63

**Rycina 2.** Powody stosowania niekonwencjonalnych metod terapii a umiejscowienie kontroli zdrowia**Figure 2.** Reasons to use of complementary and alternative medicine and health locus of control

cerydów, dolegliwości związane z menstruacją, trądzik, bezsenność, nadmierna nerwowość. Do innych powodów korzystania z niekonwencjonalnych metod terapii badani zaliczyli między innymi oczyszczenie organizmu, poprawę sprawności i wydolności organizmu, chęć zrelaksowania się, regenerację wątroby. Odpowiedzi osób, które stosowały niekonwencjonalne metody terapii zestawiono z umiejscowieniem kontroli zdrowia badanych i przedstawiono na rycinie 2. Ponieważ możliwy był wybór więcej niż jednej opcji, suma nie jest równa liczbie osób stosujących niekonwencjonalne metody terapii. Nie stwierdzono żadnych zależności istotnych statystycznie.

Dyskusja

Stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii nie jest nowym zjawiskiem, jednak w dalszym ciągu nie zostało dostatecznie zbadane ani zrozumiane.

Liczne badania [3, 14–16], w tym badania własne, potwierdziły, że kobiety częściej sięgają po niekonwencjonalne metody terapii. Z badań McFadden i wsp.[3] wynika, że światopogląd albo też filozofia życiowa kobiet jest zgodna z tą, którą zawierają w sobie niekonwencjonalne metody terapii (holizm, aktywna rola w umacnianiu zdrowia, podmiotowość). Niekonwencjonalne metody terapii mogą w większym stopniu zaspokajać potrzeby kobiet i pomagać radzić sobie z sytuacją choroby [12].

Można sądzić, że osoby w średnim wieku i starsze będą sięgały po metody niekonwencjonalne częściej, ze względu na pojawiające się dolegliwości, bardziej charakterystyczne dla tego okresu życia [15]. Założenie to nie znalazło odzwierciedlenia w badaniach własnych, natomiast w badaniach prowadzonych przez Templeton i wsp. [17], a także innych [1, 16, 18] uwidoczniła się zależność odwrotna: młodszy wiek

był wyznacznikiem sięgania po niekonwencjonalne metody terapii. Ponadto niektóre badania sugerują, że częściej po niekonwencjonalne metody terapii sięgają mieszkańcy wsi niż miast [15]. W badaniach własnych, a także innych autorów [17] zależność ta nie została potwierdzona. Część badań [17] sugeruje, że wyższy poziom wykształcenia pozytywnie koreluje ze stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii. Nahin i wsp. [19] wysuwają hipotezę, że wykształcenie niesie za sobą większą świadomość zdrowotną i zdolność wyszukiwania informacji (np. w Internecie). Inne wyjaśnienie proponują Grimaldi-Bensouda i wsp. [16]. Uważają oni, że osoby lepiej wykształcone są bardziej świadome działań niepożądanych leczenia konwencjonalnego. W badaniach własnych, podobnie jak u Rössler i wsp. [20], nie potwierdziła się zależność między posiadanym wykształceniem a stosowaniem metod niekonwencjonalnych, choć jest to często podkreślane uwarunkowanie korzystania z niekonwencjonalnych metod terapii. Wskaźniki masy ciała to jeden z najtańszych i najprostszych w użyciu wskaźników do oceny masy ciała, pozwalający wnioskować pośrednio o nawykach żywieniowych i aktywności fizycznej danej osoby. Ponieważ niektórzy autorzy [19] sugerują związek między wyborem zdrowych produktów żywnościowych a stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii, postanowiono wykorzystać go do celów tej pracy. W badaniach własnych nie ujawniła się zależność między BMI a stosowaniem terapii niekonwencjonalnych, jednak część badań sugeruje, że osoby otyłe rzadziej sięgają po niekonwencjonalne metody terapii (jeśli nie wlicza się do nich suplementów mających pomóc w redukcji masy ciała). Potencjalnym wyjaśnieniem tych wyników może być założenie, że osoby takie mniej angażują się w zachowania zdrowotne, takie jak aktywność fizyczna [18]. Z różnych badań wynika, że osoby stosujące niekonwencjonalne metody terapii przejawiają więcej zachowań prozdrowotnych, takich jak aktywność fizyczna, ograniczenie konsumpcji alkoholu, niepalenie tytoniu czy właściwe nawyki żywieniowe [11, 19]. W badaniach Nahin i wsp. [12] stwierdzono, że osoby, które regularnie wykonują ćwiczenia fizyczne, 3-krotnie częściej sięgają po niekonwencjonalne metody terapii. Aktywność fizyczna silnie koreluje ze stosowaniem niekonwencjonalnych metod terapii również w badaniach innych autorów [17]. Tej zależności nie zaobserwowano w niniejszym badaniu. W badaniach Grimaldi-Bensouda i wsp. [16] autorzy doszli do wniosku, że osoby, które korzystały z usług lekarza homeopaty charakteryzowały się mniejszą (okazyjną lub brakiem) konsumpcją alkoholu i najczęściej nie byli palaczami. Ponadto mieli również niższe BMI niż osoby korzystające z leczenia konwencjonalnego. Tymczasem w pracy Nahin i wsp.

[12] uwidacznia się większe korzystanie z metod niekonwencjonalnych u byłych palaczy niż u osób, które aktualnie palą bądź nigdy nie paliły tytoniu. Ponadto osoby, które zgłaszają spożycie alkoholu (obecnie i w przeszłości) również chętniej korzystają z metod niekonwencjonalnych niż abstynenci. Jeszcze inne wyniki uzyskali Upchurch i wsp. [21], którzy badali stosowanie akupunktury przez kobiety. Stwierdzili oni, że palenie tytoniu i picie alkoholu korelowało dodatkowo z korzystaniem z akupunktury. Natomiast w badaniach Gardiner i wsp. [22] osoby pijące i palące papierosy częściej stosowały suplementy ziołowe. W badaniach własnych nie stwierdzono istotności statystycznej dla żadnej z tych zmiennych. Może to być spowodowane małą liczebnością grupy badanej i jej małym zróżnicowaniem w obrębie tych elementów stylu życia. Badania McFadden i wsp. [3] wykazały, że umiejscowienie kontroli zdrowia przekłada się na stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii. Autorzy stwierdzili pozytywną zależność między aktualnym stosowaniem metod niekonwencjonalnych oraz chęcią zastosowania ich w przyszłości a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Do podobnych wniosków doszli Sasagawa i wsp. [23]. Badania własne nie potwierdziły wspomnianej zależności.

W badaniach własnych skupiono się na założeniu, że osoby, które stosują metody niekonwencjonalne bardziej angażują się w zachowania profilaktyczne. I rzeczywiście, najchętniej wybieranym powodem stosowania terapii niekonwencjonalnych była profilaktyka. Nie przełożyło się to jednak na istotne statystycznie zależności między celami stosowania terapii niekonwencjonalnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Upchurch i wsp. [24], którzy w swoim badaniu założyli takie same cele stosowania metod niekonwencjonalnych przez kobiety w wieku okołomenopauzalnym, zwracają jednak uwagę, że powód stosowania może się różnić w zależności od metody.

Badania nad zjawiskiem stosowania niekonwencjonalnych metod terapii trwają, ale nie można powiedzieć, że zostało ono opisane i zrozumiane w wystarczającym stopniu. Trudno jest też porównywać wyniki różnych badań i dane z poszczególnych krajów ze względu na różnice metodologiczne.

Wnioski

1. Stosowanie niekonwencjonalnych metod terapii jest szeroko rozpowszechnione. Kobiety stosują je znacznie częściej niż mężczyźni.
2. Większość uczestników badania cechowała się zachowaniami prozdrowotnymi i wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Nie stwierdzono jednak by osoby te istotnie częściej stosowały niekonwencjonalne metody terapii.

3. Najczęstszym powodem sięgania po niekonwencjonalne metody terapii jest profilaktyka. Osoby, które stosują niekonwencjonalne metody terapii w celach profilaktycznych niekoniecznie częściej niż pozostali użytkownicy mają wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia.
4. Istnieje potrzeba przeprowadzenia więcej szeroko zakrojonych badań by zrozumieć zjawisko stosowania przez pacjentów niekonwencjonalnych metod terapii i roli jaką gra ono w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych jednostek.

Piśmiennictwo

1. Wu S.-I., Choub P., Chen M.-L. i wsp. Multiple interacting factors corresponding to repetitive use of complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 2012; 20: 190–198.
2. Dayhew M., Wilkinson J. M., Simpson M. D. Complementary and alternative medicine and the search for knowledge by conventional health care practitioners. *Contemporary Nurse* 2009; 33 (1): 41–49.
3. McFadden K. L., Hernández T. D., Ito T. A. Attitudes Towards Complementary and Alternative Medicine Influence Its Use. *Explore (NY)* 2010; 6 (6): 380–388.
4. Frass M., Strassl R. P., Helmut Friehs H. i wsp. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal* 2012; 12: 45–56.
5. Anderson J. G., Taylor A. G. Use of Complementary Therapies for Cancer Symptom Management: Results of the 2007 National Health Interview Survey. *J. Altern. Complement. Med.* 2012; 18 (3): 235–241.
6. Wieland L. S., Manheimer E., Berman B. M. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Altern. Ther. Health Med.* 2011; 17 (2): 50–59.
7. Jacennik B. Strategie dla zdrowia: kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko. *Vizja Press & IT, Warszawa* 2008.
8. Sak J., Jarosz M. J., Wiechetek M. i wsp. Poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie a elementy samooceny w grupie młodzieży studenckiej. *Zdr. Publ.* 2009; 119 (1): 46–50.
9. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G. (red.) *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
10. Sak J., Jarosz M., Mosiewicz J. i wsp. Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 17: 169–173.
11. Dale L.C., Gotay C.C. The Relationship between Complementary and Alternative Medicine Use and Breast Cancer Early Detection: A Critical Review. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.* 2012; 2012: 506978.
12. Nahin R. L., Dahlhamer J. M., Taylor B. L. i wsp. Health behaviors and risk factors in those who use complementary and alternative medicine. *BMC Public Health* 2007; 7: 217.
13. Juczyński Z. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia — MHLIC. W: Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 81–88.
14. Stokley S., Cullen K. A., Kennedy A. i wsp. Adult vaccination coverage levels among users of complementary/alternative medicine — results from the 2002 National Health Interview Survey (NHIS). *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008; 8: 6.
15. Sibbritt D., Adams J., Lui Ch.-W. i wsp. Who Uses Glucosamine and Why? A Study of 266,848 Australians Aged 45 Years and Older. *Plos One* 2012; 7: 1–6.
16. Grimaldi-Bensouda L., Engel P., Massol J. i wsp. Who seeks primary care for sleep, anxiety and depressive disorders from physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3 population survey. *BMJ Open* 2012; 2: 1–10.
17. Templeton A.J., Thürlimann B., Baumann M. Cross-sectional study of self-reported physical activity, eating habits and use of complementary medicine in breast cancer survivors. *BMC Cancer* 2013; 13: 153.
18. Bertisch S. M., Wee Ch. C., McCarthy E. P. Use of Complementary and Alternative Therapies by Overweight and Obese Adults. *Obesity* 2008; 16 (7): 1610–1615.
19. Nahin R. L., Dahlhamer J. M., Stussman B. J. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 220.
20. Rössler W., Lauber Ch., Angst J. i wsp. The use of complementary and alternative medicine in the general population: results from a longitudinal community study. *Psychol. Med.* 2007; 37: 73–84.
21. Upchurch D. M., Burke A., Dye C. A Sociobehavioral Model of Acupuncture Use, Patterns, and Satisfaction Among Women in the US, 2002. *Womens Health Issues* 2008; 18 (1): 62–71.
22. Gardiner P., Kemper K. J., Legedza A. i wsp. Factors Associated with herb and dietary supplement use by young adults in the United States. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007; 7: 39.
23. Sasagawa M., Martzen M. R., Kelleher W. J. i wsp. Positive correlation between the usage of complementary and alternative medicine and internal health locus of control. *Explore (NY)* 2008; 4 (1): 38–41.
24. Upchurch D. M., Dye C. E., Chyu L. i wsp. Demographic, Behavioral, and Health Correlates of Complementary and Alternative Medicine and Prayer Use among Midlife Women: 2002. *J. Womens Health* 2010; 19 (1): 23–30.